第７号様式（第10条）

年　　月　　日

一宮町長

（世帯主）

住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　（　　　）

国民健康保険特別療養費支給申請書

次のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |
| 療養を受けた被保険者の氏名 |  |
| 療養を受けた被保険者の個人番号 |  |
| 傷 病 名 |  |
| 療養期間 | 年　　月　　日　から | 年　　月　　日　まで |
| 療養を受けた保健医療機関等若しくは特定承認保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称及び所在地 |  |
| 療養につき算定した費用の額 | 円 |